

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

• CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA
TRANSMISION DEL SIDA EN ESTUDIANTES DEL NIVEL MEDIO •

(Estudio Descriptivo realizado en el Municipio de Salamá,
Departamento de Baja Verapaz, Guatemala.

Agosto a Octubre de 1994)



Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

LISSETTE INGRID MERCEDES ACEVEDO

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1994.

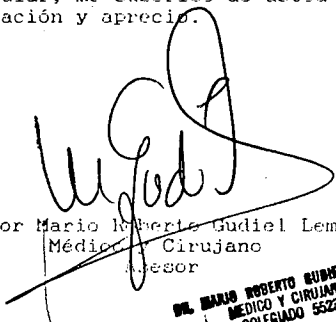
Guatemala, Octubre 15 de 1.994

Doctor
EDGAR DE LEON BARILLAS
Coordinador de Tesis
Fase III
P r e s e n t e.

Doctor De León:

Por este medio me permito informarle que asesoré a la Bachiller LISSETTE INGRID MERCEDES ACEVEDO, con número de carnet 8413471, en la elaboración de su tesis titulada "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA TRANSMISION DE SIDA EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO", estudio que se efectuó en el municipio de Salamá, Baja Verapaz. Dicha investigación reúne las condiciones metodológicas y revisión bibliográfica actualizada, por lo que doy mi aprobación.

Sin otro particular, me suscribo de usted con mis más altas muestras de consideración y aprecio.



Doctor Mario Roberto Gudiel Lemus
Médico Cirujano
Asesor

DR. MARIO ROBERTO GUDIEL LEMUS
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 5523

DL
OS
T(7274)

Guatemala,
Octubre 15 de 1994

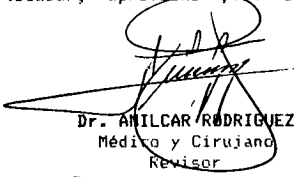
Doctor
EDGAR DE LEON BARILLAS
Coordinador de Tesis
Fase III
P r e s e n t e .

Doctor de León:

Por este medio me permito informar a usted que revisé la tesis de la Bachiller LISSETTE INGRID MERCEDES ACEVEDO, con número de carnet 8413471, titulada "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA TRANSMISION DE SIDA EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO", estudio que se efectuó en el Municipio de Salamá del Departamento de Baja Verapaz.

Dicha investigación reúne las condiciones metodológicas y revisión bibliográfica actualizada, por lo que doy mi aprobación.

Sin otro particular, aprovecho para suscribirme de usted, muy atentamente.



Dr. ANÍSCAR RODRIGUEZ
Médico y Cirujano
Revisor

Dr. S. Aníscar Rodríguez A.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 3181

JEFATURA DE AREA DE SALUD DE BAJA VERAPAZ
EPIDEMIOLOGIA

Salamá, Baja Verapaz
11 de octubre de 1994

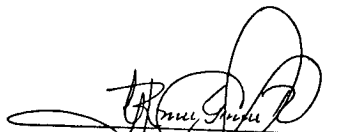
Dr. Edgar De Leon Barillas
COORDINADOR DEL CICS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Ciudad Universitaria
Guatemala

Respetable Doctor:

De la manera más atenta me permito saludarle y al mismo tiempo manifestarle por la presente que la Doctora infieri LISSETTE INGRID MERCEDES ACEVEDO quién realiza la investigación de tesis sobre CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA TRANSMISION DEL SIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA DE SALAMA, BAJA VERAPAZ, ha desarrollado la actividad satisfactoriamente en el tiempo estipulado, habiendo realizado las encuestas al número y grupo determinado.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para suscribirme como su más atento y seguro servidor.




Dr. Carlos Jorge Ramirez
EPIDEMIOLOGO DE AREA
BAJA VERAPAZ

c.c. archivo

DIRECCION COLEGIO PARTICULAR MIXTO TEZULTIAN
BARRIO SAN JOSE, SALAMA BAJA VERA PAZ
TEL. 400-182.

Salamá B.V. 7 de octubre de 1,994.

Señor:
Dr. Carlos Roberto Flores
Epidemiólogo de Area
Ciudad.

Atentamente me permito dirigirme a usted, deseándole toda clase de satisfacciones; y a la vez para comunicarle que la señorita Lisette Ingrid Mercedes Acevedo, estudiante del último año de la carrera de Medicina, se presentó el día de hoy a este establecimiento educativo, a pasar una encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas Respecto al Sida, a los alumnos que estudian en el plantel, lo cuál fue muy provechosa.

Sin otro particular, me suscribo de usted, muy atentamente.




Lic. César Augusto Sagastume Juárez
ASESOR TÉCNICO



c. Universidad San Carlos
Facultad de Medicina
c. archivo del plantel.

INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION BASICA EXPERIMENTAL
CON ORIENTACION OCUPACIONAL. INEBE
SALAMA BAJA VERAPAZ.

Salamá 11 de octubre de 1994.

Dr: Carlos Reberte Flores
Epidemiólogo de area
Ciudad.

Atentamente me dirije a Ud. Con el objete de manifestarle les siguientes:

Se hizo presente en este establecimiento la señorita Lissette Ingrid Mercedes Acevedo, estudiante del último año de la carrera de Medicina con el objete de pasar una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas respecto al SIDA a los alumnos estudiantes de este plantel, lo cual consideramos será de beneficio.

Al agradecer la participación de la señorita Acevedo quede de Ud. Muy respetuosamente.



Prof. Edin ~~Heredia~~ Herrera Dubón
DIRECTOR INEBE.

c.c Universidad San Carlos
Facultad de Medicina

c.c/archive

LICEO MIXTO SAN MATEO.
SALAMA BAJA VERAPAZ

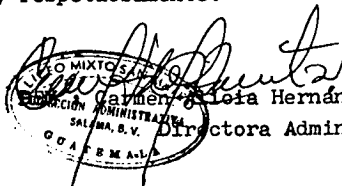
Salamá 10 de Octubre de 1994.-

Dr: Carlos Roberto Flores
Epidemiólogo de area.
Ciudad.

Atentamente me dirijo a Ud. Con el objeto de manifestarle lo siguiente:

Se hizo presente en este establecimiento la señorita Lissette Ingrid Mercedes Acevedo, estudiante del último año de la carrera de Medicina con el objeto de pasar una encuesta sobre Conócimientos, actitudes y Prácticas respecto al SIDA a los alumnos estudiantes de este plantel, lo cual consideramos será de beneficio.

Al agradecer la participación de la señorita Acevedo quedo de Ud. Muy respetuosamente.-



Garmela Loiza Hernández de Barrientos
Directora Administrativa

c.c Universidad San Carlos
Facultad de Me

ESCUELA NORMAL RURAL NUMERO 4.
SALAMA, B.V.

Salamá, B.V., 11 de Octubre 1994.

Señor:
Dr. Carlos Roberto Flores.
Epidemiólogo de Área.
Ciudad.

Con un atento saludo me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos al frente de sus actividades diarias, a la vez le comunico que la señorita LISSETTE INGRID MERCEDES ACEVEDO, estudiante del último año de la carrera de MEDICINA, se presentó el día de hoy a este establecimiento educativo, a pasar una encuesta sobre CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS AL SIDA, a los alumnos que estudian en el plantel, lo cuál fue muy provechosa.

Aprovecho para suscribirme de usted.

Deferentemente,


PEM, Aurea Martínez P. de Milián.
DIRECTORA



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 25 de octubre de 199

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

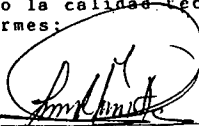
Se informa que el: Bachiller LISSETTE INGRID MERCEDES ACEVEDO
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos


Carnet No. 8413471
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA TRANSMISION DEL
SIDA EN ESTUDIANTES DEL NIVEL MEDIO"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante
u


Firma y sello personal
asesor

DR. MARIO ROBERTO SUAREZ LEONAR
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 5528


Revisor
Firma y sello

Registro Personal 8982

Dr. S. Amílcar Rodríguez A.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 3151

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: LISSETTE INGRID MERCEDES ACEVEDO'

Carnet Universitario No. 8413471

Ha presentado para su Examen General Publico, previo a optar al

Titulo de Médico y Cirujano el trabajo de Tesis titulado:
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA TRANSMISION DEL SIDA EN

ESTUDIANTES DEL NIVEL MEDICO

Trabajo asesorado por: DR. MARIO ROBERTO GUDIEL

y revisado por: DR. G. CARILCAR RODRIGUEZ

quienes lo avalan y han firmado conformes por lo que se emite,
firma y sello de presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 27 de Octubre de 1994

DR. EDGAR ROBERTO DE LEON BARILVAS
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL A. CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:

Dr. Edgar R. de la Oliva Gonzalez
DECANO



... DEL ROSARIO Y ACTO QUE DEDICO:

A DIOS: Por su inmenso amor y gracia, y por todas las bendiciones concedidas.

A LA VIRGEN DEL ROSARIO: Por darme el consuelo en los momentos difíciles.

A MI MADRE: IRMA ESPERANZA ACEVEDO Por su amor y como un tributo a sus esfuerzos y sacrificios.

A MI ESPOSO: ALFREDO LOPEZ Por su amor y paciencia y que este triunfo sea compartido por los dos.

A MIS HIJOS: ALEX ALFREDO PAUL ANDRES Ya que ellos son la razón de mi vida.

A MI HERMANA: DEIRDRE ARNELLA DE MOYA Por su amor y ejemplo.

A MIS SUEGROS: AMILCAR LOPEZ JULIA DE LOPEZ Con cariño y agradecimiento.

A MIS ABUELITOS: BERNABE CORADO EMERCEDES ACEVEDO DE CORADO (+) Con mucho cariño.

A MI SOBRINO: JOSE DAVID Con amor.

A MIS CUÑADOS: MYNOR MOYA, AMPARO, SUSY Y AMILCAR LOPEZ
Con afecto.

A MIS TIOS: MARIO E ILEANA
Por su apoyo, comprensión y cariño.

A MIS PRIMOS,
EN ESPECIAL A: MARIO, CARLOS, LUIS, ALMY, FABY, HELLEN, BELIA,
JAVIER.

A: GREGORIO RODRIGUEZ
MIRIAM DE MOYA
Por su valiosa colaboración.

A MIS AMIGOS
Y COMPAÑEROS: EDIN, ARTURO IRIS, LIZ, ERWIN, DANIEL, INGRID,
MARVIN, ARTURO, MANUEL, SILVIA, VLADIMIR, JUAN
CARLOS Y SHENY
Gracias por su amistad, ayuda y comprensión y
por formar parte importante en mi vida.

AL DOCTOR: CARLOS FALACIOS
Con mucho cariño y gratitud, por ayudar a que
este trabajo sea una realidad.

A MI ASESOR Y REVISOR: DR. MARIO GUDIEL
DR. AMILCAR RODRIGUEZ
Gracias por su ayuda y colaboración.

A: UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A: FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

I N D I C E

	Página
I. INTRODUCCION	i
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	ii
III. JUSTIFICACION	iii
IV. OBJETIVOS	iv
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	1
5.1. ETIOLOGIA	1
5.2. EPIDEMIOLOGIA	3
5.3. FRECUENCIA	5
5.4. FACTORES PREDISONENTES DEL SIDA	6
5.5. PATOGENESIS	7
5.6. CARACTERISTICAS DEL VIRUS	8
5.7. MANIFESTACIONES CLINICAS	9
5.8. MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS	12
5.9. TRANSMISION	12
5.10. DIAGNOSTICO	14
5.11. TRATAMIENTO	17
VI. METODOLOGIA	19
6.1. RECURSOS	24
6.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	27
6.3. GRAFICA DE GANNT	28
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	29
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	36
IX. CONCLUSIONES	39
X. RECOMENDACIONES	40
XI. RESUMEN	41
XII. BIBLIOGRAFIA	43
XIII. ANEXO	45

I. INTRODUCCION

El Síndrome de Inmuno-deficiencia Adquirida es hasta la fecha una pandemia, ya que se han manifestado en casi todos los países del mundo. Se originó en el año de 1981 en la población homosexual, pero el patrón de ataque ha ido cambiando llegando a ser ahora una enfermedad que afecta principalmente a los heterosexuales.

El SIDA es una enfermedad infecto-contagiosa que ataca el sistema inmune de nuestro cuerpo, creando destrucción de los linfocitos B y T ayudadores; se encuentran tres tipos de contagio que son: a través de la sangre, las relaciones sexuales y vertical.

Este estudio como muchos otros, fue realizado con el fin de evaluar qué tanto sabe la población estudiantil sobre conocimientos, actitudes y prácticas del SIDA y el impacto que produce. De esta manera se estarían proporcionando bases para futuros estudios que conlleven a la obtención de estrategias adecuadas sobre transmisión y prevención de la enfermedad.

Con dicha investigación se pudo establecer que la población estudiantil en estudio no posee los conocimientos adecuados sobre la enfermedad y no mide las consecuencias que ésta puede originarle, por lo que se ve involucrada en prácticas y conductas de riesgo, haciéndose necesario crear estrategias que ayuden a la prevención de la propagación del SIDA.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El SIDA, la epidemia del siglo, hasta hace unos años no se sabía nada con relación a ella; no fue sino hasta el año de 1981 cuando se descubre e identifica como una enfermedad. A partir de esta fecha, se empiezan a reportar cada vez más casos de la misma, lo cual a su vez resulta altamente peligroso, ya que pese a las múltiples investigaciones hechas, aún no se ha encontrado una cura definitiva y cada vez son más y más las víctimas que mueren a merced del SIDA.

Hasta la fecha, se sabe que la prevención es la única respuesta para dicha enfermedad, por lo que debemos esforzarnos en educar a la población sobre lo que es, los efectos que produce, la forma en que puede adquirirse o transmitirse y cómo debe prevenirse; todo ésto enfocado a las personas de riesgo (prostitutas, homosexuales, bisexuales, promiscuos, drogadictos IV, etc), así como también los adolescentes quienes se ven afectados, pues por su misma condición se encuentran más vulnerables a adquirir la enfermedad. (1)

Dadas las circunstancias actuales en Guatemala, el SIDA ha ido aumentando el número de casos a nivel nacional. El último reporte evidencia que el grupo poblacional más afectado de acuerdo a grupo étnico, es el correspondiente a las edades entre los 20 y 29 años, con una relación de hombre-mujer de 2 a 1 respectivamente, para un total de 1,281 casos reportados de 1984 a julio de 1994, con una distribución de un 42% de personas que manifiestan la enfermedad, 58% de portadores asintomáticos y una letalidad del 16%. (17) Tomando en cuenta que la enfermedad presenta un periodo de incubación que oscila entre 5 y 10 años para desarrollarse. Significa pues, con lo anteriormente expuesto, que el grupo que se encuentra con mayor riesgo son los adolescentes, por lo que cabe preguntarse qué tantos conocimientos tienen de la enfermedad y su recuperación para enfrentar los riesgos que la enfermedad involucra.

Guatemala, por su cultura e idiosincracia, se convierte en lugar fértil para que se desarrolle la enfermedad, por lo que se hace necesario realizar estudios a manera de sondeo sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población de estudiantes en las distintas regiones del país, ya que las costumbres y tradiciones varían de una región a otra, por la mezcla de culturas que existe en nuestro país.

Por lo que el presente estudio pretenderá establecer un parámetro evaluativo que permitirá identificar sobre el grupo de riesgo los conocimientos que éstos poseen de la enfermedad del SIDA, así como las actividades hacia ésta y la forma en que se activa su transmisión, principalmente en los estudiantes de nivel medio del Municipio de Salamá, Baja Verapaz, durante el periodo estipulado para dicha investigación.

III. JUSTIFICACION

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida -SIDA- es una Pandemia mundial, y pese a los muchos esfuerzos por investigadores y científicos por encontrar una solución a este problema, aún no se descubre una cura para tan grave mal. (5-13)

El desarrollo de encuestas y estudios sobre conocimientos, prácticas y preferencias (CAPPS), relacionadas al VIH y ETS en las diferentes poblaciones del país, ofrecen a su vez alternativas de investigación y formulación de estrategias de abordaje en las campañas preventivas.

En Guatemala se han realizado algunos estudios aislados sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en algunas regiones de la República, haciendo cada vez más necesario llegar a abarcar en su totalidad las distintas regiones para crear estrategias que contribuyan a la prevención de la propagación de SIDA.

La Dirección General de Servicios de Salud (D.G.S.S.) y su Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA, se encuentra actualmente realizando estudios que le permitan conocer sobre qué piensa y sabe la población sobre el SIDA, para crear y aplicar nuevas estrategias que les permitan tener una mejor proyección hacia lo que es la enfermedad y su prevención, por lo que consideran conveniente realizar un estudio que contribuya a dicho propósito en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz, en donde aún no se han hecho estudios de este tipo y donde la enfermedad hizo su aparición en 1991, reportándose los primeros casos de SIDA. Por lo que se considera como una población en riesgo, la cual necesita ser estudiada para crear programas preventivos que eviten su propagación.

El presente estudio se realizará en estudiantes de Educación Media del Municipio de Salamá, Baja Verapaz, ya que las edades en las que predomina la enfermedad es entre los 20-29 años, por lo que la exposición a dicha infección tiene que ser durante estas edades y es aquí donde deben de realizarse campañas y estrategias que ayuden a su prevención.

IV. OBJETIVOS

Generales:

- Identificar los patrones de comportamiento estudiantil que constituyen factores de alto riesgo, categorizando las prácticas correspondientes que prevalecen en los estudiantes de educación media de Salamá, Baja Verapaz.
- Determinar los conocimientos y actitudes con que cuentan los estudiantes de educación media de Salamá, Baja Verapaz.

Específicos:

Identificar:

- Conocimientos sobre la infección por VIH/SIDA en estudiantes de educación media por edad, sexo y nivel académico.
- El uso de preservativo o condón durante el contacto sexual como medio de prevención del SIDA.
- La fuente de información por la que fueron adquiridos los conocimientos sobre el SIDA por los estudiantes.
- Las actitudes positivas y negativas de los estudiantes con respecto al SIDA.
- Qué tipo de práctica o prácticas de alto riesgo son más frecuentemente utilizadas por los estudiantes de educación media en Salamá, Baja Verapaz.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

El Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida -SIDA- se ha convertido en una epidemia a nivel mundial, la cual puede ser enfocada en tres aspectos generales que son: Los infectados por el VIH, los enfermos de SIDA, y el impacto social que ejercen las dos primeras.

El SIDA es un síndrome infecto-contagioso, producido por el VIH, un retrovirus que afecta al ser humano, quien sufre una injuria al sistema inmunológico, quedando vulnerable para el padecimiento de otras infecciones por agentes infectivos oportunistas característicos en el síndrome; su transmisión está ligada íntimamente a la sexualidad (principalmente expresada de manera promiscua y polimorfa), así como al manejo de la sangre y sus derivados, tanto a nivel clínico como en los usuarios toxicómanos intravenosos. Asimismo existe la posibilidad de contagio perinatal. Además de presentar una virulencia de letalidad del 100% y un incremento potencial de incidencia, generando repercusiones emocionales y socioeconómicas. (5)

Para 1988 se calculaba que habían entre 5 y 10 millones de personas infectadas por el virus en todo el mundo, siendo inevitable la ulterior propagación del VIH. A diferencia de la mayor parte de problemas sanitarios, que afectan a los jóvenes y a los viejos, el SIDA ataca principalmente a las personas del grupo de edad de 20-49 años. Al privar a la comunidad de los miembros más productivos, el SIDA pone en peligro el desarrollo social y económico e incluso la estabilidad política. Si el número de casos de SIDA sigue aumentando sin tregua en los próximos años, las consecuencias económicas, sociales, políticas y culturales serán dramáticas.

5.1. ETIOLOGIA:

El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida data de la década de

los 70, siendo reportados los primeros casos a finales de ésta. Se inició en E.E.U.U., Haití y Africa. Fueron realizadas múltiples investigaciones y no es sino hasta 1981 que esta enfermedad es identificada como SIDA. Inicialmente fue reportada en pacientes homosexuales, por lo que se creyó que era producido por ciertos estimulantes (poppers) utilizados comúnmente por ellos, o por la acción presente en el esperma. Un año después, la CDC establece la definición de "Casos de SIDA" y se inicia la vigilancia oficial en Europa y E.E.U.U. En 1983 son notificados 2,500 casos a nivel mundial. En esta misma fecha se descubre que el SIDA puede transmitirse a través de transfusiones sanguíneas, drogas intravenosas e infecciones congénitas.

En Guatemala, en 1984 son reportados los dos primeros casos de SIDA en pacientes inmigrantes de E.E.U.U. (11)

En este mismo año, Levi y Co. aislaron el agente causal del SIDA identificándolo como ARV. El cual había sido identificado años atrás por el Dr. Gallo del Instituto de Cáncer de USA como HTLV.

En mayo de 1986 el Comité Internacional para la Taxonomía de los virus, recomendó que al agente causal del SIDA se le denominara virus de inmunodeficiencia humana (VIH), señalando con ello la acción del virus y su huésped específico. (5)

En nuestro país en 1986 se presentan los primeros casos autónomos y en 1990 se observa un incremento en un dos por millón. Desde 1984 hasta julio de 1994, se han reportado 1,281 casos de diagnósticos por infección de VIH, con un total de 539 casos de SIDA y 742 portadores asintomáticos, distribuidos en 318 mujeres y 963 hombres, con una mortalidad de 145 y 161, respectivamente.

El tercer patrón está comprendido en Europa Occidental, Norte de Africa, Oriente Medio, Asia. Aparece en la década de los 80 con una prevalencia en pacientes hospitalizados, mujeres prostitutas, en personas reclutadas, enfermos internados, etc. Estos se ven afectados por el VIH-2, el cual es una mutación del VIH-1 y aparece en 1986. En cuanto a las prostitutas y los toxicómanos son afectados por el VIH-1. (5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró que en 1992 la epidemia del SIDA afectó globalmente cerca de 450,000 personas y estimó que entre 9 y 11 millones de personas están infectadas por el VIH. Han transcurrido ya 10 años desde que el primer caso de SIDA fue reportado por las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1984, desde entonces se han reportado hasta julio de 1992 270 casos, el reporte más bajo en Centro América con mayor número de casos en orden descendente son: Honduras, Costa Rica, Panamá, Guatemala. (15)

Los patrones epidemiológicos de disfunción mundial sobre el VIH son: 1. Grupos homosexuales; 2. Grupos heterosexuales; y 3. Una combinación de los dos anteriores. En Guatemala se tiene aparentemente el tercer grupo el cual va difundiéndose rápidamente. Se encuentra en la lista de publicaciones de la OMS como un país de alto potencial epidémico por su conducta sexual y la escasa educación sobre la misma. (16)

La Asociación Guatemalteca para la Prevención del SIDA (AGPCS), basada en el conocimiento de que el periodo promedio de incubación oscila entre 7 y 12 años, se estima que hay aproximadamente 50,000 personas infectadas por VIH localmente. (5)

Los instrumentos que han brindado buenos frutos en la investigación del SIDA, ha sido la implementación de sitios centinela, este sistema de vigilancia epidemiológica permite establecer un

El tercer patrón está comprendido en Europa Occidental, Norte de Africa, Oriente Medio, Asia. Aparece en la década de los 80 con una prevalencia en pacientes hospitalizados, mujeres prostitutas, en personas reclutadas, enfermos internados, etc. Estos se ven afectados por el VIH-2, el cual es una mutación del VIH-1 y aparece en 1986. En cuanto a las prostitutas y los toxicómanos son afectados por el VIH-1. (5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró que en 1992 la epidemia del SIDA afectó globalmente cerca de 450,000 personas y estimó que entre 9 y 11 millones de personas están infectadas por el VIH. Han transcurrido ya 10 años desde que el primer caso de SIDA fue reportado por las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1984, desde entonces se han reportado hasta julio de 1992 270 casos, el reporte más bajo en Centro América con mayor número de casos en orden descendente son: Honduras, Costa Rica, Panamá, Guatemala. (15)

Los patrones epidemiológicos de disfunción mundial sobre el VIH son: 1. Grupos homosexuales; 2. Grupos heterosexuales; y 3. Una combinación de los dos anteriores. En Guatemala se tiene aparentemente el tercer grupo el cual va difundiéndose rápidamente. Se encuentra en la lista de publicaciones de la OMS como un país de alto potencial epidémico por su conducta sexual y la escasa educación sobre la misma. (16)

La Asociación Guatemalteca para la Prevención del SIDA (AGPCS), basada en el conocimiento de que el periodo promedio de incubación oscila entre 7 y 12 años, se estima que hay aproximadamente 50,000 personas infectadas por VIH localmente. (5)

Los instrumentos que han brindado buenos frutos en la investigación del SIDA, ha sido la implementación de sitios centinela, este sistema de vigilancia epidemiológica permite establecer un

diagnóstico aproximado de la magnitud del problema, ya que son estudios no ligados y anónimos en poblaciones definidas llevadas a cabo en un intervalo de tiempo, que se repite al año.

Obviamente el campo de epidemiología ofrece muchas alternativas de investigación, pero dadas las características particulares que conlleva la infección por el VIH, la estigmatización que sufre el enfermo y el escaso presupuesto disponible para sufragar los gastos de vigilancia epidemiológica continua, la vigilancia centinela ofrece una alternativa confiable en este campo.

Una vez, se ha establecido el diagnóstico de la situación de la infección por el VIH, procede la implementación, orientación y educación. Permite además innovación y reestructura de las mencionadas estrategias para adaptarlas según sea necesario. (16)

5.3. FRECUENCIA:

Inicialmente, ésta era una enfermedad que afectaba principalmente a personas con conducta homosexual, hasta 1986 en donde se descubre un nuevo patrón de contagio, esta vez en heterosexuales, encontrándose una frecuencia de hombre-mujer de 2:1 respectivamente; lo cual significa que hay un número elevado de mujeres contagiadas en edades reproductivas, lo que conlleva a que la población infantil se vea seriamente afectada.

En Guatemala la relación de casos de SIDA de hombre-mujer en estudios comparativos realizados por el Hospital San Juan de Dios y Hospital Roosevelt fue de 8:1 y de 4:1 respectivamente. Lo que puede explicarse por la conducta sexual de tipo machista que existe en los países latinoamericanos.

La distribución y frecuencia de individuos infectados con VIH y enfermos de SIDA en una población y área geográfica determinada al igual

que su evolución en el tiempo depende de:

- a) El período transcurrido desde la introducción del VIH a la población.
- b) Condiciones sociales de la población.
- c) Hábitos y conductas sexuales.
- d) Toxicómanos intravenosos y conductas relacionadas.
- e) La infraestructura sanitaria y educativa existente, así como la capacidad de respuesta de la sociedad frente a la epidemia.
- f) La existencia de cofactores que facilitan la transmisión del VIH y del desarrollo del SIDA, como lo son algunas enfermedades infecciosas. (15)

5.4. FACTORES QUE PREDISPONEN AL SIDA:

Una persona no puede contagiarse con VIH o SIDA sólo por el hecho de ser humano, aunque de por sí ésta es una condición absoluta para infectarse o desarrollar la enfermedad. Es necesario que existan ciertas condicionantes o factores de riesgo para que el individuo esté en contacto con el virus llegando a enfermarse. Nadie puede contagiarse por compartir la vivienda o habitación con alguien que esté infectado, tampoco por el contacto en el colegio o en el trabajo, o al salir con alguien que lo padezca. Es más, no ha sido reportado ningún caso de personas infectadas a través del beso.

El VIH se transmite principalmente por:

- El coito sin protección, tanto vaginal como anal;
- La sangre o productos hemoderivados infectados recibidos en la transfusión o inyección;
- Los implementos utilizados para la inyección de drogas que contengan sangre infectada y sean compartidos o reutilizados;
- El embarazo y posiblemente el parto. ()

El mecanismo de transmisión más común es el sexual, seguido del sanguíneo y el perinatal. (4)

Para que la infección con VIH o SIDA pueda transmitirse necesita que el virus esté dentro de células vivas, por lo que el semen, las secreciones cervicales y vaginales, así como la sangre quienes están provistas de abundantes leucocitos, facilitando la transmisión del virus. El VIH ataca únicamente aquellas células que poseen receptores específicos para el virus. Se han hecho estudios y se descubrió que las células receptoras son células inmunológicas del sistema fagocítico mononuclear de la glia, el sistema neuroendocrino y del endotelio de los vasos sanguíneos. Una vez que el VIH invade las células permanece latente, y puede activarse y replicarse dañando las células o pasando por varios estadios hasta llegar a su estadio final, el SIDA.

Existen ciertos microorganismos que se encuentran relacionados con el VIH facilitando su contagio con el mismo. Estos son: el citomegalovirus, el virus de la Hepatitis B, virus de Epstein-Barr, virus del herpes, y venéreas como linfogranuloma venéreo, sífilis, gonorrea.

El mecanismo de acción de estos cofactores se desconoce pero podría deberse a: producción de lesiones que permitan la entrada del VIH; inducción de inmunodepresión; incremento de las susceptibilidades de las células inmunológicas al ataque del VIH, al elevar el número de receptores virales. (1)

3.5. PATOGENESIS:

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), agente causal del SIDA, ataca selectivamente a ciertos glóbulos blancos que son esenciales para coordinar los mecanismos inmunitarios de defensa del organismo. Cuando se produce la destrucción de los glóbulos blancos (el que puede oscilar de 6 meses a 11 años), las personas infectadas se hacen

susceptibles a una amplia variedad de infecciones oportunistas.

El SIDA experimenta una reducción absoluta de la concentración del subgrupo de linfocitos T auxiliares o ayudadores (OKT4 reactivos), lo que da como resultado inversión de la proporción de células T supresoras (OKT8 reactivas) en la sangre periférica. Además, se observan en ellos leucopenia, linfopenia y supresión de las funciones de las células T tanto en vivo (pruebas cutáneas de alergia) como in vitro (blastogénesis de las células T inducidas por mitógeno). Pueden estar disminuidas también las reacciones inmunitarias humorales. (5)

El virus del VIH puede dañar varios tipos de células, como son los linfocitos T colaboradores, linfocitos B, células del sistema fagocítico mononuclear, células de la glía, y células del sistema enterocromafín. Para penetrar a la célula, el virus del VIH requiere de un receptor celular llamado CD4. Este se encuentra en los linfocitos T colaboradores y el sistema fagocítico mononuclear (SFM).

5.6. CARACTERISTICAS DEL VIRUS:

El virus del VIH pertenece a la familia de los retrovirus, la cual se divide en tres subfamilias: Oncovirus (del griego oncos=tumor); Spumavirus (del latín Spuma=espuma); y Lentovirus (del latín lenti=lentos).

Los retrovirus poseen un genoma ARN y los distingue la presencia de una polimerasa de ADN dependiente de ARN, en la partícula vírica llamada "*Transcriptasa reversa*". A su vez el VIH está clasificado como lentivirus, que tiene como característica principal la presencia en el genoma de varios genes con funciones reguladoras *gag*, *pol* y *env*, además se le han identificado otros como: *tat*, *tr�/art*, *sor/q*, *30rf/ff* y *4*, responsables de la infectividad del virus y regulación de proteínas víricas.

El virus tiene forma esférica con un diámetro entre 90 y 120nm y una densidad 1.16 a 1.18 c/cm., contiene un núcleo cilíndrico y denso que contiene el ARN genómico, dentro de una envoltura lipídica, el cual contiene de un 5 a un 10% de glucoproteína. El genoma tiene aproximadamente 9 kilobases de longitud, que terminan en ambos extremos por grandes secuencias repetidas de nucleóticos, donde se encuentran los genes gag, pol y env. (5)

Mecanismos de acción del virus, éstos empiezan su ciclo cuando el VIH se une a la superficie de la célula en donde transmite información genética al ADN a través de la ADN-polimerasa y otra ribonucleasa es la encargada de destruir el ARN original. Estas dos juntas se llaman "*Transcriptasa reversa*". El virus se fija al genoma por una tercera enzima dentro del ADN iniciando la duplicación.

El VIH afecta selectivamente a los linfocitos T especialmente a la subpoblación T4 o CD4, considerada como blanco, responsable de las funciones inductoras, tienen el marcador fenotípico CD4, indispensables para que el virus pueda infectar, sirviéndole de receptor para poder unirse a la célula huésped. La característica principal del ataque viral por VIH se traduce por disminución o inversión del índice T4/T8.

5.7. MANIFESTACIONES CLINICAS:

Los signos y síntomas de la infección por VIH son sumamente complejos y comprenden los de las enfermedades oportunistas, además de los causados directamente por el virus.

La infección por VIH puede dividirse en cuatro fases:

- *Fase aguda:* Periodo asintomático en el que puede aparecer una linfadenopatía generalizada persistente.

- Linfadenopatía generalizada persistente.
- *Parasidas*: Complejo relacionado con SIDA.
- *SIDA*: El conocimiento de la historia natural de la infección por el VIH es esencial, no sólo para predecir la evolución ulterior de la epidemia, sino también para instituir y evaluar las medidas de prevención de la infección por VIH y el SIDA.

Fase Aguda:

La enfermedad aguda causada por el VIH puede aparecer ya al cabo de una semana de la infección y por lo general precede seroconversión, que suele producirse a las 6-12 semanas de la infección, pero a veces tarda más.

Según estudios, las manifestaciones clínicas son: fiebre, linfadenopatía, sudores nocturnos, erupción cutánea, dolor de cabeza y tos. También puede presentarse una fase asintomática en las que no se reportan cambios, el 60% de estos pacientes son asintomáticos por un período de 6 años, el resto evoluciona a otro estadio. (14)

Linfadenopatía Crónica:

La linfadenopatía persistente generalizada (LPG) se caracteriza por la presencia de gruesos ganglios linfáticos de más de un cm. de diámetro en más de dos localizaciones extrainguinales que persisten durante tres meses por lo menos, en ausencia de cualquier afección acompañante o de medicamentos susceptibles de causar una linfadenopatía. A veces experimenta una regresión lenta en el curso de la enfermedad. Las personas con LPG suelen aparentar un buen estado de salud.

Del 25 al 40% de los individuos infectados asintomáticos presentan esta etapa en 5 o 6 años.

Parasida: (Complejo relacionado con el SIDA).

No existe ninguna definición aceptada o uniforme del PARASIDA, pero suelen presentarse los signos y síntomas característicos de la fase: diarrea, pérdida de peso, malestar, fatiga y somnolencia, anorexia, molestias abdominales, fiebre, sudores nocturnos, dolores de cabeza, linfadenopatía, esplenomegalia y trastornos neurológicos, tales como pérdida de la memoria y neuropatía periférica. La pérdida de peso se da en los enfermos y es progresiva.

Algunas personas con PARASIDA presentan lesiones de la piel mucocutáneas, en particular Herpes zoster, dermatitis seborreica, lesiones bucolabiales y genitales persistentes y residivantes causadas por herpes virus y leucoplasia vellosa de la mucosa buca.

Sida:

El lapso de tiempo comprendido entre la infección por el VIH y la aparición de los síntomas del SIDA, puede variar entre los 6 meses y 11 años. Este largo y a menudo inadvertido período de infección asintomática, durante el cual la persona infectada puede infectar a otras personas, hacía difícil controlar la propagación del virus.

El SIDA representa la grave etapa final de la infección clínica por el VIH y se caracteriza por la presencia de infecciones oportunistas y tumores, que sobreviene en presencia de la profunda inmunodeficiencia celular causada por el VIH. Los grupos de infecciones oportunistas dependen en gran parte de la exposición pasada o presente del individuo a los agentes microbianos, lo cual explica que la frecuencia de ciertas infecciones oportunistas varía entre los enfermos de SIDA africanos y europeos. La neumonía por *Pneumocystis Carini* es muy frecuente en los países no africanos. En Africa son más comunes las enfermedades gastrointestinales en pacientes infectados con el virus.

En esta etapa suelen observarse también los mismos signos y síntomas que se presentan en el PARASIDA.

5.8. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS:

Las personas que se encuentran infectadas con el virus del VIH se ha observado que presentan en un gran número anomalías neurológicas tales como neuropatías periféricas y pérdidas de la memoria. Estas suelen presentarse al inicio de la infección, por lo que su presentación es atípica.

La perturbación neurológica más frecuente es una encefalopatía aguda que se caracteriza por cambios progresivos del comportamiento asociado a la demencia. Esta suele presentarse en la tercera parte de los enfermos.

El comienzo suele ser insidioso y al principio predomina la disfunción cognoscitiva. Entre los síntomas iniciales más frecuentes figuran el temblor, la lentitud y la afasia. Este evoluciona gradualmente hasta la demencia profunda. En la fase terminal puede aparecer mutismo, incontinencia, pérdida de la visión y paraplegia.

Entre las enfermedades que pueden ser producidas en personas con VIH, también se encuentran las meningitis criptocócicas, la toxoplasmosis cerebral, los nifomas del cerebro, infecciones por papovavirus, las encefalitis por herpes virus, infecciones por citomegalovirus, meningitis y abscesos tuberculosos y candidióticos.

5.9. TRANSMISIÓN:

El VIH ha sido aislado en la sangre y muchos líquidos orgánicos, pero se ha comprobado que sólo puede ser transmitido a través de la

sangre, el semen, los líquidos vaginales y cervicales, a través de la placenta y más recientemente por la leche materna.

Por lo que después de múltiples estudios, se puede afirmar que hay tres vías de transmisión que son: sexual, parenteral y vertical o perinatal.

Sexual:

Este es el modo de transmisión más frecuente del VIH, éste puede transmitirse directamente de una persona infectada a su pareja o parejas sexuales, no importando si es homosexual, bisexual o heterosexual. Es transmitido a través del acto sexual mediante el coito anal o vaginal sin protección. El sexo oral se cree que es una vía de contagio pues según estudios, sólo se ha presentado un caso no muy bien documentado, y se sabe que por lo lavil de la bacteria no podría resistir los ácidos del estómago. (5)

Se han recomendado ciertos lineamientos para disminuir el riesgo de infección, ya que existen ciertas prácticas sexuales que predisponen más a contraer la infección. Entre éstas están:

- Se recomienda reducir el número de parejas sexuales (a mayor número mayor riesgo).
- Evitar el acto sexual con personas que tengan muchas parejas sexuales.
- Evitar la penetración sexual (coito) sin protección
- Utilizar siempre condón desde el principio hasta el final de la relación.

Transmisión Parenteral:

La transmisión parenteral es producida por la sangre contaminada,

la cual puede transmitirse por transfusiones de sangre, aparatos contaminados, jeringas, agujas, instrumentos dentales. Aquí también suelen incluirse el transplante de órganos.

El riesgo de contagio es estar relacionado con el inóculo, o sea que con sólo una unidad de sangre infectada, el riesgo a infectarse con el virus es de un 100%.

En nuestro país se realiza detección de anticuerpos del VIH en donantes de sangre para evitar que ésta pueda ser transmitida. Pero aún existen países donde no es procesada la sangre, convirtiéndose en una fuente de propagación. Este problema también se da en personas toxicómanas IV que acostumbran utilizar agujas en forma comunal, las cuales pueden estar contaminadas.

Transmisión Perinatal:

Se transmite durante el embarazo o después del nacimiento. El riesgo a contraer la infección es de un 50%. Es transmitida por una madre infectada a su hijo a través de la placenta o durante el parto. Se han reportado cinco casos de madres que contaminaron a sus hijos a través de la lactancia materna.

5.10. DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de infección por VIH se da a través de pruebas de laboratorio específicas, para la detección del virus, acompañados de una historia clínica y un examen físico minucioso.

Los métodos utilizados para detectar los anticuerpos generados por los antígenos del virus, son:

- a) ELISA (Enzima Inmuno Sorbent Assay): Esta prueba no tiene

especificidad por ninguno de los antígenos del virus, la respuesta es común a todos. Esta prueba es utilizada para tamizaje.

- b) EL WESTERN ELECTRO BLOT (WB): Es una prueba confirmatoria de resultados positivos.
- c) LOS METODOS DE RADIOINMUNOENSAYO DE FASE SOLIDA (RIPA):
- d) INMUNOFLUORESCENCIA (IF): También es una prueba confirmativa de resultados positivos.
- e) POLIMERASA DE REACCION EN CADENA (PRC. FLIMERASA CHAIN REACTION): Usada principalmente en investigaciones (sumamente costosa).
- f) CULTIVO DEL VIRUS: Utilizada principalmente en investigaciones, también costoso.

En Guatemala sólo son utilizados dos tipos de prueba, que son: El TEST DE ELISA y el WESTERN BLOT, por ser de bajo costo.

TEST DE ELISA:

Es una prueba utilizada para diagnóstico; consiste en utilizar antígenos de un extracto del virus completo (primera generación) o antígenos obtenidos mediante técnicas de biología molecular o síntesis química (segunda generación) fijados a una fase sólida (usualmente pozos de placas microtituladas); para luego enfrentarlos al suero del paciente y permitir la reacción antígeno-anticuerpo.

Esta reacción es evidenciada mediante la adición de un conjugado anti-globulina humana (prueba indirecta) o anti VIH (prueba competitiva), marcada con una enzima la peroxidasa o la fosfatasa

alcalina, la cual es capaz de producir un producto coloreado al actuar sobre un sustrato específico.

El color desarrollado en esta reacción es medido en un espectrofotómetro y la densidad óptica es proporcional a la cantidad de anticuerpos presentes en la muestra.

El TEST DE ELISA tiene un factor de error de 2 a 11% (según el fabricante), dando falsos positivos y de 0 a 15% dando falsos negativos.

WESTERN BLOT: (Prueba de Confirmación)

Esta es una prueba en donde los antígenos del VIH son separados por medio de electroforesis en gel de poliacrilamida (paje), subsecuentemente transferidos a papel de nitrocelulosa y luego enfrentarlos a los anticuerpos presentes en el suero de los pacientes infectados. La última etapa del test es muy similar a la de ELISA, con la diferencia que los antígenos del VIH estarán separados y concentrados en una tira de papel, lo que permite que este test sea altamente específico. La separación de los antígenos virales, permite la identificación de bandas de antígenos de la envoltura (env): gp160, gp120, gp41-43; de la polimerasa (pol): p61, p51, p32; del corazón del VIH (gag): p55, p18, p24 y p15. La etapa más delicada del WB es la interpretación de los resultados, en vista que pueden utilizarse diferentes criterios. De esta cuenta, los Centros de Control de Enfermedades de los E.E.U.U. requieren al menos dos bandas positivas de p24/gp41-43 ó gp120/gp160, sean positivas. La Cruz Roja requiere al menos una banda positiva de cada uno de los genes estructurales (gag, env ó pol). (3,7,16)

También existe una prueba que se utiliza para evaluar el estado inmune del paciente, al momento del diagnóstico; consiste en hacer un

recuento de células (linfocitos) CD4, las que son utilizadas para el monitoreo de la enfermedad y la terapia antiviral.

5.11. TRATAMIENTO:

No existe un tratamiento específico hasta el momento como cura para el SIDA, pese a los muchos estudios que se han realizado aun no se descubre una vacuna que lo elimine. A la fecha se cuenta con dos tipos de tratamiento, el cual no es curativo pero ayuda en parte a prolongar el periodo de vida y como paleativo a las múltiples enfermedades oportunistas que suelen desarrollarse en los infectados por el VIH.

Se han realizado estudios y se cuenta actualmente con sustancias antiviricas como: el AZT (Zidovudina), DDC (Dydoxicitina), DDI (Dydoxinocina), que son capaces de prolongar la vida de menos de 6 meses a 2 años o más; pues ayuda a aumentar los niveles de defensa.

PREVENCION:

Palabra que deriva del latín "*Pre-eventus*" que quiere decir anticiparse, antecedente. Existen tres niveles de prevención para la transmisión del VIH/SIDA, los cuales son:

Prevención Primaria:

Este nivel de prevención está orientada a la elaboración de estrategias y programas, para evitar que determinada comunidad o grupo poblacional se infecte por el virus VIH. (10)

Para obtener buenos resultados sobre la orientación y prevención del VIH, deben ser creadas estrategias que se adapten al estilo de vida de cada población.

Prevención Secundaria:

Este nivel se encuentra orientado a los grupos que ya están practicando conductas que son un factor de riesgo dentro de la comunidad; con ésto se persigue motivar y orientarlos de tal manera que se efectúen las pruebas serológicas del VIH, con la finalidad de hacer una conciencia adecuada, tanto para la persona que está infectada con el virus, como para todas aquellas que lo rodean y de esta manera evitar la infección o contaminación del resto de la población. (10)

Prevención Terciaria:

En este nivel los servicios de salud deberán de orientar a las personas infectadas por el virus del SIDA sobre las implicaciones que trae un tipo de vida desordenada en el desarrollo del síndrome, ayudando de esta manera a aumentar o disminuir el período de vida productiva de las personas infectadas.

La asesoría o consejería al paciente VIH/SIDA, deberá ser orientada hacia el uso de barreras para evitar una nueva dosis de VIH, mejoramiento de condiciones de vida, medidas sanitarias y de higiene, incrementando de esa forma, la calidad de vida del paciente.

VI. METODOLOGIA

A) Tipo de Estudio:

Se utilizó el método descriptivo, observacional, para determinar la magnitud del problema y las bases para edificar futuras estrategias de prevención.

B) Sujeto de Estudio:

Estudiantes de los niveles medio, básicos y diversificado de los Institutos Nacionales y Privados del Municipio de Salamá, del Departamento de Baja Verapaz.

C) Tamaño de la Muestra:

$$n = \frac{K^2 N P q}{K^2 P q + N d^2}$$

K = Desviación Standard

N = Universo Poblacional

P = Probabilidad de Ocurrencia del Fenómeno

q = Complemento de "p"

d = Error Standard

$$n = \frac{(2^2) (1508) (0.5) (1 - 0.5)}{(2^2) (0.5) (1 - 0.5) + (1508) (0.05)^2}$$

$$n = \frac{1508}{1 + (1508) (0.0025)}$$

$$n = \frac{1508}{1 + 3.77} \Rightarrow \frac{316}{4.77} \Rightarrow 66.24$$

$$n \times \frac{1}{TR} \Rightarrow 316 \times \frac{1}{0.85} = \frac{371.7}{0.85} \Rightarrow 437.29$$

TR = Proporción de respuesta

D) Criterios de Inclusión y Exclusión:

Inclusión:

- Ser estudiante de nivel medio (básico y diversificado)
- Estar legalmente inscritos en el presente ciclo escolar en los centros de estudio de Salamá, Baja Verapaz.

Exclusión:

- Estudiantes que no deseen participar.
- Estudiantes que no hubiesen asistido al Centro en la fecha que se realizará el cuestionario.

VARIABLES A ESTUDIAR:

a) Conocimientos:

Acción y efecto de conocer, llegar a saber por medio de la inteligencia, las cualidades, propiedades naturales y relaciones de las cosas.

Operacional: De acuerdo a los significados constituidos por la información o desinformación que la población posee, analizables en su discurso escrito y que se puede o no categorizar como conocimiento científico.

b) Actitud:

Conceptual: Disposición psíquica específica hacia una experiencia reciente mediante la cual ésta es modificada o sea un estado de preparación para cierto tipo de actividad.

Operacional: De acuerdo a la información obtenida a las preguntas del cuestionario.

Escala de Medición: Nominal según respuestas dadas:

1. Positivas: cuando el encuestado exprese elementos comprensivos, como: Apoyo, busca de ayuda, ir al médico.
2. Negativa: Rechazo, indiferencia, aislamiento, abandono.
3. Ambigua: Incapaz de definir actitud positiva o negativa.

c) **Prácticas:**

Conceptual: Momento del proceso fenoménico que se concretiza en acción.

Operacional: Lo registrado en la boleta, según respuesta del interesado.

Escala de Medición: Actividades categorizadas en negativos, nocivos al bienestar del hombre, o positivas al favorecer el bienestar del hombre. Cuantificándolas en información escrita.

d) **Edad:**

Conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta la fecha que se realizó la entrevista.

Operacional: Respuesta a pregunta formulada.

Escala de Medición: Edad en años cumplidos.

e) **Sexo:**

Conceptual: Condición orgánica que distingue macho de la hembra, masculino-femenino.

Operacional: Respuesta a pregunta formulada en encuesta.

Escala de Medición: Masculino o Femenino.

f) Religión:

Conceptual: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad de sentimientos de veneración y temor hacia ella de normas morales de conducta y de prácticas para darle culto.

Operacional: De acuerdo a pregunta formulada.

Escala de Medición: Nominal de acuerdo a respuesta: Católico, Evangélico, Mormona y otros.

g) Prácticas Sexuales:

Conceptual: Intercambio sexual hacia otros individuos que puede variar de acuerdo a si se efectúa con el mismo sexo (homosexual), diferente sexo (heterosexual), y ambos sexos (bisexual).

Operacional: Respuesta a pregunta específica.

Escala de Medición: Heterosexual, homosexual y bisexual.

h) Actividades Sexuales de Alto Riesgo:

Conceptual:

Homosexual: Dicese del individuo que se siente atraído sexualmente por otro de su mismo sexo.

Bisexual: Individuo que tiene interés o características sexuales activas, pasivas, con capacidad para ejercer la función de ambos sexos.

Promiscuo: Es aquel individuo que mantiene actividad sexo-erótica, genital compartida con más de un compañero o compañera.

Operacional: Respuesta directa a pregunta específica.

Escala de Medición: De acuerdo a respuesta obtenida.

i) Drogadicción:

Conceptual: Estado psíquico y también físico resultante de la ingestión de alcohol y otras drogas, caracterizado por respuestas del comportamiento y otras que siempre incluye la compulsión a beber, inhalarlas o inyectarlas de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces evitar el malestar de la abstinencia.

Operacional: De acuerdo a pregunta directa.

Escala de Medición: Tomadas, inhaladas, inyectadas, nunca.

j) Transfusiones:

Conceptual: Introducción de sangre total o de un componente sanguíneo directamente en la sangre de un sujeto.

Operacional: Respuesta directa de acuerdo a pregunta.

Escala de Medición: Si, no.

k) Condón:

Conceptual: Vaina o cubierta para el pene, que se usa durante el coito para prevenir la fecundación o la infección.

Operacional: Respuesta directa a pregunta específica.

Escala de Medición: Siempre, algunas veces, nunca.

6.1. RECURSOS

a) Humanos:

- Estudiantes
- Jefe de Area de Salamá
- Epidemiólogo de Salamá
- Directores de los Centros de Estudio

b) Materiales:

1. Económicos: Costos: (a cuenta del investigador).

- Hojas impresas de consentimiento escrito	Q.	150.00
- Hojas impresas de recolección de datos	"	80.00
- Hojas impresas de cuestionario sobre el tema	"	90.00
- Bolígrafo	"	2.00
- Hojas de papel bond	"	38.00
- Transporte	"	60.00
- Impresión	"	800.00
- Hospedaje	"	200.00
- Alimentación	"	<u>150.00</u>
Total	Q.	1,570.00

=====

c) Físicos:

- Biblioteca de USAC, OMS/OPS, DGSS, B.H. ROOSEVELT, APRDFAM, CODETS, SIDA.
- Libros y revistas consultadas para revisiones bibliográficas, folletos, documentos.
- Boletas estructuradas para recabar información.
- Computadora.
- Mobiliario y Equipo de Escritorio.
- Hojas de Impresión.
- Vehículo para transporte y combustible.
- Instalaciones del Instituto.

Aspectos Eticos de la Investigación:

En cuanto al sujeto de estudio, se tomó como base lo relacionado a derechos humanos en investigación que estipula:

- El derecho a la privacidad.
- El derecho a la determinación personal.
- El derecho a la conservación de la integridad personal.
- El derecho a no recibir ofensas.
- El derecho a no estar expuesto al riesgo intrínseco de heridas.

Previo información, sobre el tipo de investigación, se organizó el derecho de la libre participación por medio de la aceptación verbal, así como el carácter confidencial de su participación a través del anonimato.

Plan de Recolección de Datos:

Se realizó una consulta a la Dirección General de Servicios de Salud, al Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA, con el objeto de investigar un tema que tenga actual importancia en el país. La Doctora Jefe encargada del Programa, considera conveniente realizar una investigación sobre "Conocimientos, Actitudes y Prácticas" en los Estudiantes de Educación Media en el Municipio de Salamá, Departamento de Baja Verapaz, debido al incremento de casos de SIDA que se han presentado en el área Nororiente del país, y por estar la tasa de letalidad asociada en el grupo de edad de 20-30 años; se asumió que la primo infección de la enfermedad se adquiere en la etapa de la adolescencia, y por ende se cryó conveniente investigar con qué información contaba este grupo de estudiantes para enfrentar la problemática de SIDA.

Se solicitaron los permisos de aprobación del Estudio, tanto a nivel de Jefatura de Area en Salamá como a los establecimientos de Educación Media involucrados en el estudio.

Se procedió a pasar un cuestionario a todos los estudiantes que se encontraban dentro de nuestra población de estudiantes, los cuales fueron elegidos al azar, del listado oficial de inscripción en los centros de educación media, tanto privados como públicos, en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz. Para dicha prueba fueron excluidos de la muestra aquellos que no asistieron el día que se realizó o que no deseaban participar en el estudio.

Previo a la entrevista de investigación, se realizó una prueba piloto para validar la misma. Esta consistió en ejecutar un cuestionario y distribuirlo a ocho jóvenes estudiantes del nivel medio, que oscilaron entre 15 y 18 años, de distintos colegios de la ciudad capital; a los que se les pasó en forma aislada. Se les proporcionó la prueba, se les indicó que cualquier duda sobre ésta podría ser aclarada y se permaneció siempre cerca del encuestado.

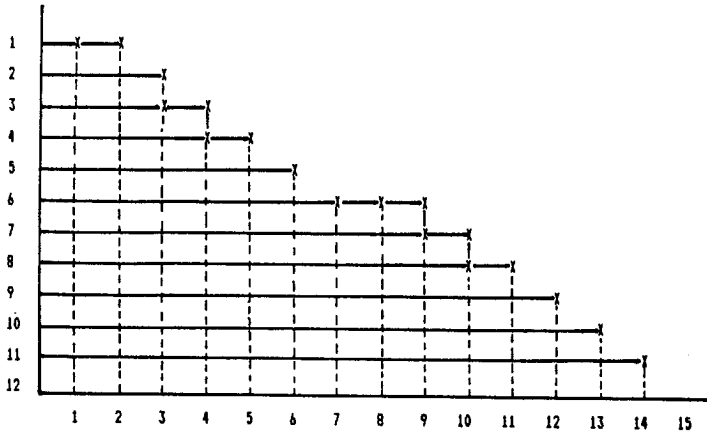
Plan de Análisis:

- Se procedió a realizar el cuestionario (boleta de investigación) en el archivo de EPED del Programa de Epidemiología (EPI INFO 5.01-), los datos se ingresaron en el archivo enter y luego en el archivo analysis del mismo programa, se procedió a obtener las frecuencias y proporciones de cada variable, para su presentación se utilizaron cuadros y gráficas para su mejor comprensión.

6.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

1. Selección del tema del Proyecto de Investigación.
2. Elección de Asesor y Revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el Asesor y Revisor.
5. Aprobación del proyecto por la Coordinación de Tesis.
6. Ejecución del Trabajo de Campo.
7. Procesamiento de datos.
8. Análisis y discusión de datos.
9. Elaboración de Conclusiones y Recomendaciones.
10. Presentación de Informe Final.
11. Aprobación del Informe Final.
12. Impresión del Informe.

6.3. GRAFICA DE GANNT



PRESENTACION DE RESULTADOS

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

=====

CUADRO # 1

Distribución Por Grupo de Edad y Sexo de la
Población de Estudiantes de Nivel medio de
Salamá, Baja Verapaz en Octubre de 1994

Grupo Etario	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		f	%
	f	%	f	%		
12 - 16	114	30	85	23	199	53
17 - 21	71	19	45	12	116	32
22 - 26	15	4	43	12	58	15
TOTAL	200	53	173	47	373	100

=====

Fuente: Cuestionario de Investigación.

=====

CUADRO # 2

Distribución según Sexos sobre la Práctica de
Relaciones Sexuales en Estudiantes de Nivel Medio
en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz
Octubre de 1994

RELACIONES SEXUALES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
SI	33	9	117	31	150	40
NO	167	42	56	15	223	60
TOTAL	200	54	173	46	373	100

=====

Fuente: Cuestionario de Investigación.

=====

CUADRO # 3

**Frecuencia y Proporción en cuanto a Preferencia Sexual
en Estudiantes de Nivel Medio
en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz
Octubre de 1994**

=====

TIPOS DE RELACION	f	%
Heterosexual	150	100
Homosexual	-	-
Bisexual	-	-
TOTAL	150	100

=====

Fuente: Cuestionario de Investigación.

=====

CUADRO # 4

**Distribución Según Compañeros Sexuales
en Estudiantes de Nivel Medio
en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz
Octubre de 1994**

=====

COMPAÑEROS SEXUALES	f	%
Novio - a	57	38
Esposo - a	6	4
Comerciantes del Sexo	87	58
TOTAL	150	100

=====

Fuente: Cuestionario de Investigación.

=====
CUADRO # 5
Edad Promedio de Inicio de Relaciones Sexuales
en Estudiantes del Sexo Femenino del Nivel Medio
en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz
Octubre de 1994
=====

EDAD	f	%
16	3	9
17	-	-
18	10	30
19	17	51
20	1	3
21	-	-
22	2	6
TOTAL	33	100

Fuente: Cuestionario de Investigación. X = 19 años
DS = 1.3 años

=====
CUADRO # 6
Edad Promedio de Inicio de Relaciones Sexuales
en Estudiantes del Sexo Masculino del Nivel Medio
en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz
Octubre de 1994
=====

EDAD	f	%
12	10	8.5
13	8	6.8
14	27	23.0
15	42	36.0
16	15	13.0
17	9	8.0
18	4	3.0
19	2	2.0
TOTAL	117	100.00

Fuente: Cuestionario de Investigación X = 19 años
DS = 1.3 años

=====

CUADRO # 7

**Frecuencia y Proporción de Parejas Sexuales
en Estudiantes de Nivel Medio
en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz
Octubre de 1994**

=====

NUMERO DE PAREJAS	f	%
1	113	69
2	20	13
+ 3	27	18
TOTAL	150	100

=====

Fuente: Cuestionario de Investigación.

=====

CUADRO # 8

**Frecuencia del Uso de Condón durante las Relaciones Sexuales
en Estudiantes de Nivel Medio
en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz
Octubre de 1994**

=====

USO DE CONDON	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Nunca	14	9	12	8	26	17
A veces	92	61	21	14	113	75
Siempre	11	8	--	--	11	8
TOTAL	117	78	33	22	150	100

=====

Fuente: Cuestionario de Investigación.

=====

CUADRO # 9
Frecuencia del Uso de Drogas IV
en Estudiantes del Sexo Masculino del Nivel Medio
en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz
Octubre de 1994

=====

DROGAS IV	f	%
SI	--	--
NO	373	100
A VECES	--	--
TOTAL	373	100

=====

Fuente: Cuestionario de Investigación.

=====

CUADRO # 10
Relaciones Sexuales según Religión que Practican
en Estudiantes del Sexo Masculino del Nivel Medio
en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz
Octubre de 1994

=====

RELIGION	RELACION SEXUAL							
	SI				NO			
	Masc.		Fem.		Masc.		Fem.	
	f	%	f	%	f	%	f	%
CATOLICA	88	75	18	55	44	78	125	75
EVANGELICA	25	22	15	45	9	16	39	23
OTROS	4	3	-	-	3	6	3	2
TOTAL	117	100	33	100	56	100	167	100

=====

Fuente: Cuestionario de Investigación.

=====

CUADRO # 11
Conocimiento sobre el SIDA
en Estudiantes del Sexo Masculino del Nivel Medio
en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz
Octubre de 1994

=====

	ADECUADO		INADECUADO	
	f	%	f	%
Conocimientos	167	45	206	55
Transmisión	122	33	251	67
Prevención	340	91	33	9
Pronóstico	294	79	79	21

=====

Fuente: Cuestionario de Investigación.

=====

CUADRO # 12
Actitud hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
en Estudiantes del Sexo Masculino del Nivel Medio
en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz
Octubre de 1994

=====

ACTITUDES	f	%
Positiva	281	75
Negativa	92	25
TOTAL	373	100

=====

Fuente: Cuestionario de Investigación

=====
 CUADRO # 13
 Promoción de Salud sobre el SIDA como Fuente de Información
 sobre la Enfermedad
 en estudiantes del Nivel Medio
 en el Municipio de Salamá, Baja Verapaz
 Octubre de 1994
 =====

	f	%
Televisión	250	67
Prensa	-	-
Radio	40	11
Amigos	23	6
Instituciones	60	16
TOTAL	373	100

Fuente: Cuestionario de Investigación.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente estudio es de tipo descriptivo en la población estudiantil de nivel medio del Municipio de Salamá, Departamento de Baja Verapaz. Este fue realizado tomando en cuenta el total de la población, haciendo una selección al azar, obteniendo una muestra poblacional de 373 estudiantes; durante el mes de octubre de 1994.

Del total de la población podemos inferir que el 53% es de sexo femenino, con un 47% restante de sexo masculino. El promedio de edad oscila entre los 12 y 26 años (rango 14), de los cuales el 53% se encuentra entre los 12 y 16 años.

En Guatemala, desde 1984 que inició la Pandemia de SIDA en el país, el 75% de casos son de sexo masculino (17), lo cual puede deberse al tipo de cultura machista con que cuenta nuestra gente. El grupo mayormente afectado se encuentra oscilante entre los 20-29 años. Estos contribuyen a conocer las conductas y comportamientos con que cuenta la enfermedad, permitiéndonos encontrar una relación entre las edades en que aparece la enfermedad y las enfermedades de mayor riesgo para contraer la misma, tomando en cuenta que el período de incubación oscila entre los 5 y 10 años. (1)

Esta puede relacionarse también a que la población en estudio tiene un 40% de vida sexualmente activa, siendo el sexo masculino el que cuenta con un mayor porcentaje (31%).

Bolívar Díaz (12) en el análisis de la Pandemia del SIDA especifica que la conducta sexual o preferencias sexuales tiene una tendencia heterosexual, con un 54.54% de casos asintomáticos y un 51.7% de casos de enfermedad. En nuestro estudio hay una tendencia de un 100% heterosexual, lo que señala el porqué es el grupo al que hay que darle

la mayor educación sobre medidas preventivas.

En cuanto a compañeros sexuales, los jóvenes en estudio tienden a tener un 58% de prácticas con comerciantes del sexo, lo cual puede deberse al tipo de educación sexual recibida. Estudios efectuados donde se ha investigado la prevalencia de VIH-SIDA en trabajadoras del sexo indican que dicha prevalencia varía entre y por ciento. ()

En estudios anteriores se señala que la edad de inicio de las relaciones sexuales varía según la región, en Sacatepéquez la edad promedio oscila entre los 10 a 15 años. (4) En nuestro estudio la media es a los quince años, con una DS ± 1.5 en varones y en mujeres aumenta hasta $X = 19$ años con un DS ± 2 .

Según Magzul, en su estudio la población refería tener en un 85% sólo una pareja sexual, y tan solo un 10% cabría dentro del delineamiento de promiscuos. (4) En otros estudios realizados los adolescentes sexualmente activos han tenido más de 5 parejas sexuales en la región de oriente y nororiente (47.6% y 45.6%, respectivamente), pudiéndolos catalogar como en riesgo. El presente estudio señala que este parámetro se mantiene, ya que existe un 37% que ha tenido más de 3 parejas sexuales, lo cual los sitúa en una población de riesgo.

El uso de preservativo está indicado como medio de prevención. (5) En un estudio se señala que el 76% lo usaban durante sus relaciones sexuales y sólo un 10% no lo usa. (4) En nuestro estudio señalaron que un 75% de la población a veces lo usa y un 17% nunca lo usa, frente a tan solo un 8% que siempre lo usa, lo que señala a la población con alto índice de riesgo.

Según la AIMS, el uso de drogas en nuestro medio no está muy difundido, por lo cual el contagio en drogadictos es de 7%. (1) En este estudio el 100% de la población refirió no haber usado nunca drogas IV.

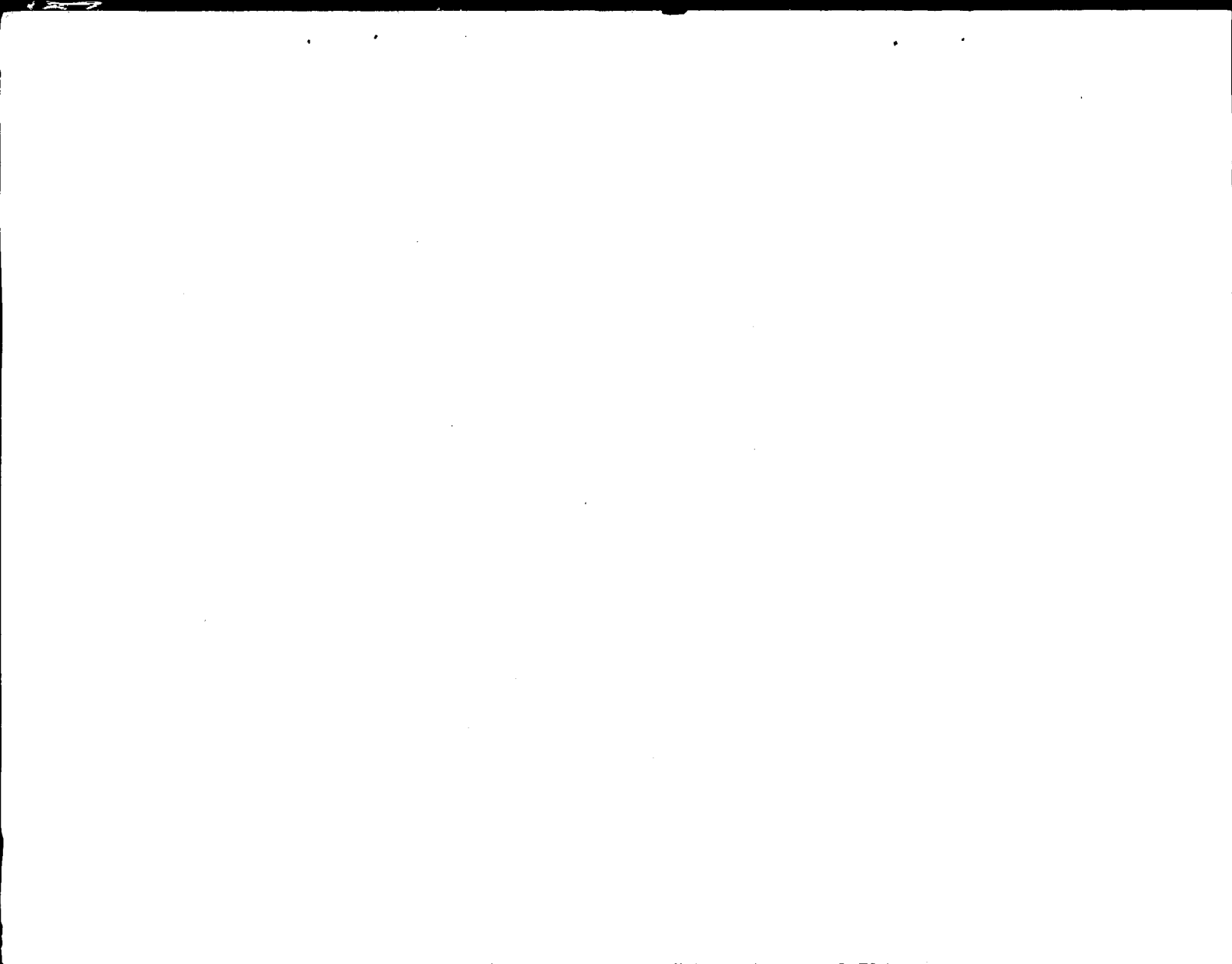
De acuerdo a estudios realizados se han encontrado que las enfermedades venéreas se hallan relacionados con las personas que padecen de SIDA; seguramente por el hecho de que este tipo de enfermedades se ve estrechamente ligado al comportamiento sexual de la persona, lo que implica a persan con alto grado de riesgo (por ejemplo, con algún grado de promiscuidad).

En cuanto a religión, no se pudo establecer relación con las relaciones sexuales, ya que en todas, independientemente de su religión, fue acorde al número de jóvenes perteneciente a su religión.

Los conocimientos sobre el SIDA en países latinoamericanos según el Dr. Días, se encuentran sumamente divididos por la diversidad de culturas y razas de que está formada y resulta más difícil controlar los factores de riesgo que presentan. En este estudio se evidenció que el 55% poseen conocimientos inadecuados sobre la enfermedad, el 67% sobre la transmisión, por lo que resulta contradictorio que el 91% de los jóvenes sepan sobre prevención, más sin embargo al relacionarlo con las prácticas éstas son bastante riesgosas. Es aquí donde se hace necesario formular estrategias adecuadas a la región y cultura de cada pueblo para hacer conciencia sobre su importancia.

Los jóvenes tienen actitud positiva de un 75% sobre la enfermedad, lo cual podría deberse en este caso a la poca información que poseen de la misma.

El impacto dado por la promoción en salud, pareciera que ha sido más fuerte en la televisión con un 67%, lo que quiere decir que la mayoría de los jóvenes tienen afición o contacto con ésta, por lo que se hace necesario crear campañas por estos medios para que lleguen más directamente a la población.



IX. CONCLUSIONES

1. El 40% de la población estudiantil del Municipio de Salamá, Baja Verapaz, tiene una vida sexualmente activa, la cual se inicia entre los 15 y 19 años (sexo masculino y femenino, respectivamente). El sexo más involucrado es el masculino con un 75%, lo que tiene relación con estudios anteriores por el tipo de cultura y costumbres con que cuentan los países latinos, específicamente Guatemala.
2. La falta de una educación sexual adecuada los lleva a realizar prácticas riesgosas en 58% con trabajadoras del sexo, así como también la poca utilización del condón como medio de protección para las ETS, anticonceptivos y el SIDA; pues a pesar de que el 67% sabe que puede ser utilizado como preventivo no hacen un correcto uso del mismo.
3. En nuestro medio la transmisión del SIDA puede estar más directamente involucrado a las relaciones sexuales, ya que las transfusiones y el uso de drogas no se hizo evidente en esta población.
4. La religión no es un indicador importante en cuanto a tener o no relaciones sexuales, ya que se observó una relación similar en todas, puesto que la que obtuvo el porcentaje más alto fue la católica pero ésta estaba acorde al número de adeptos a la religión.
5. En cuanto a conocimientos sobre el SIDA la mayoría de la población posee algún conocimiento sobre la misma, pero que está involucrada con muchos tabúes, lo que no les permite tener un buen conocimiento y conciencia de la misma.

X. RECOMENDACIONES

1. A través de los Servicios de Salud y Ministerio de Educación se deben crear estrategias adecuadas que sumerjan a la población estudiantil en conocimientos y actitudes adecuadas sobre el SIDA y les formen conciencia sobre la importancia y prevención de ésta.
2. Permitir a los jóvenes que expresen de una manera más abierta sus inquietudes con relación a la enfermedad y en sí a la educación sexual.
3. Para futuros estudios se tome en consideración las condiciones y cultura de cada región para obtener una mayor fidelidad sobre la información recabada.
4. Dar orientación a maestros sobre la enfermedad (SIDA) para utilizarlos como portadores de salud.

XI. RESUMEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- en Guatemala, está considerado como una pandemia silente, las costumbres, tradiciones e idiosincracia de la gente en nuestro medio crea un lugar perfecto para que esta enfermedad se desarrolle con gran facilidad, puesto que el bajo nivel de conocimiento de la población la hace propensa a este mal.

Dicho estudio está realizado en una forma descriptiva en una población de 373 estudiantes escogidos al azar de un total de 1,500 estudiantes que pertenecen al nivel medio de enseñanza, lo cual hace que la muestra sea representativa. El estudio trató de determinar los conocimientos, prácticas y actitudes de dicha población con respecto al SIDA.

Del total de la población estudiada, el 40% son sexualmente activos; ésto puede deberse a que el 53% son de sexo femenino. El 91% de la población saben que el condón es un método de prevención contra el SIDA. Sin embargo, ésto resulta contradictorio ya que sólo un 18% lo utiliza frecuentemente, lo que los hace una población con alto riesgo. El 55% de la población estudiada no tiene conocimientos adecuados por lo que inferimos anteriormente.

El estudio especificó que el 37% de las personas en estudio son consideradas como promiscuos y que el 67% saben como se transmite el SIDA. Los medios de comunicación han jugado un papel muy importante en lo que respecta a la información del SIDA, puesto que la poca información recibida, el 67% ha sido por medio de la televisión, por lo que se hace necesario que se dé una campaña con mucho mayor auge para que se sepa todo lo concerniente a esta enfermedad, apoyado por otros medios de comunicación y principalmente en la escuela, ya que es allí donde pasan una gran parte de tiempo.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. ASOCIACION PARA INVESTIGACIONES MEDICAS Y SOCIOCULTURALES. "Creencias, actitudes y prácticas (CAPs) en torno al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Guatemala". 1990 - 1991.
2. XLI ASAMBLEA DE LA SALUD -OMS-. "SIDA: Necesidad de cortar toda discriminación contra las personas con SIDA". OMS. 1-7, 1988.
3. COMISION NACIONAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL SIDA (CONAVISIDA). "Lo que todos debemos saber del SIDA". Guatemala, Dic.: 1-13, 1989.
4. "Conocimientos, Actitudes y Prácticas en la transmisión del SIDA en estudiantas de Educación media, Nivel Diversificado". María Silveria Magzul Boch. Julio, 1994.
5. "El Médico Frente al SIDA". Serie sobre SIDA Nos. 1 y 2. Dr. José A. del Busto. 1990. 2a. Edición.
6. GANE, J. "Aids. Lo que todos debemos saber". San Juan, Puerto Rico. Ed. Panamericana. 42-50, 1991.
7. GUATEMALA. DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. "Enfermedades oportunistas asociadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)". Definición de Curacao, 1989. Guatemala: 2-5, 1992.
8. GUATEMALA. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. "II Plan Nacional a mediano plazo para la prevención y control del SIDA de la República de Guatemala, 1993-1995". Guatemala, Oct.: 1-28, 1992.

9. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. "Conocimientos y actitudes de los Adolescentes de Barbados sobre el SIDA". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 114(1): 33-44. Enero, 1993.
10. O.M.S. "Algunas definiciones en diferentes métodos preventivos, consideraciones para su aplicación en la prevención de la infección por el VIH". Dr. Jorge Bolívar Díaz. Marzo de 1994.
11. O.M.S. "Análisis descriptivo de la procedencia del SIDA en Guatemala por años, sus tendencias". Dr. Jorge Bolívar Díaz. Marzo, 1994.
12. O.M.S. "Aspecto Social y Sanitario de E.I.S. Principios Básicos de las medidas de lucha de la OMS". Ginebra, OMS: 1-15, 1987.
13. O.M.S. "Directrices para el establecimiento de un programa nacional de prevención y lucha contra el SIDA". Ginebra, OMS: 1-20, 1988.
14. O.M.S. "Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) Ginebra, OMS: 22-27, 1988.
15. O.M.S. "Lucha contra las enfermedades de transmisión sexual". Ginebra, OMS: 1-30, 1988.
16. O.M.S. "Recomendaciones para la prevención y control de la infección con VIH". Ginebra, OMS: 1-23, 1986.
17. PANDEMIA DEL SIDA EN GUATEMALA. "Informe de casos de infección por VIH acumulados de 1984 a julio 1994". Documento de Salud Pública y Asistencia Social. Dra. Elma Villatoro de Arají.

XIII. ANEXO I

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS
EN ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA

Lugar y Fecha : _____

1. ¿Qué edad tiene? _____ años. Sexo: Masculino: _____
Femenino: _____

2. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?

a) SI: _____

b) NO: _____

2.1. Si su respuesta anterior es SI, ¿cuál de las siguientes?
(subraye):

a) Con personas de otro sexo.

b) Con personas de su mismo sexo.

c) Con ambas.

2.2. ¿Con quién acostumbra usted, tener relaciones sexuales más
frecuentemente?

a) Novio-a

b) Esposo-a

c) Comerciantes del sexo

2.3. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
_____ años.

2.4. ¿Aproximadamente con qué frecuencia tiene usted relaciones
sexuales? (Número de veces al año, mes o semana):
_____ veces, al día _____.

- 2.5. Indique con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?
 _____ personas.
- 2.6. ¿Usa usted o su pareja preservativos en sus relaciones sexuales?
- a) Nunca _____
 - b) A veces _____
 - c) Siempre _____
3. ¿Ha utilizado alguna vez drogas inyectadas como Demeron o Morfina?
- a) Sí _____
 - b) No _____
 - c) A veces _____
- 3.1. Si usted ha utilizado alguna de las anteriores, conteste
 ¿Para qué? _____

4. ¿Ha tenido alguna vez enfermedades venéreas?
- a) SI: _____
 - b) NO: _____
5. ¿Tiene alguna religión?
- a) SI: _____
 - b) NO: _____ Cuál: _____
6. Explique en sus propios términos que es el SIDA para usted:
- _____
- _____
- _____
- _____

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS DE SALUD
 DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS DE SALUD
 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS DE SALUD

7. ¿Cómo puede transmitirse el SIDA?
- a) Por la sangre
 - b) Por las relaciones sexuales
 - c) De madre a feto
 - d) Todas las anteriores
 - e) Ninguna de las anteriores
8. ¿A quiénes les puede dar SIDA?
- a) Personas que tienen relaciones sexuales con prostitutas
 - b) Personas que sólo tienen una pareja sexual
 - c) Personas que han sido transfundidas
 - d) Por hablar con una persona con SIDA
 - e) a) y c) son correctas
9. ¿Cómo puede prevenirse el SIDA?
- a) Uso de CONDON
 - b) Teniendo relaciones sexuales con diferentes personas
 - c) Vacunándose
 - d) Utilizando agujas o instrumentos con sangre contaminada con una persona con SIDA.
10. ¿Se cura el SIDA?
- a) SI _____
 - b) NO _____
 - c) NO SABE _____
11. ¿Cuál sería su conducta con una persona que esté enferma de SIDA?
- a) Lo aislaría
 - b) Le tendría miedo
 - c) Le brindaría su apoyo y comprensión
 - d) Dejaría de hablarle

12. ¿Qué haría usted si se entera que tiene la enfermedad del SIDA?
- a) Se suicidaría
 - b) Buscaría ayuda y orientación profesional
 - c) Se aislaría y se sumergiría en un estado depresivo
 - d) Buscaría el medio para contagiárselo a otros
13. ¿Ha sido transfundido alguna vez?
- a) SI _____
 - b) NO _____
14. ¿Dónde adquirió la información sobre SIDA?
- a) TV _____
 - b) RADIO _____
 - c) PRENSA _____
 - d) EN LA ESCUELA _____
 - e) POR AMIGOS,
FAMILIARES, etc. _____